

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

ANPL

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0022842

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07365

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MESOUDE Hassan

Date de naissance : 20/03/1966

Adresse : 77 Rue Mesk Elile Hay Ennakhla Casa

Tél. : 0668170431

Total des frais engagés : 1361,22

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/12/2018

Nom et prénom du malade : MESOUDE Hassan

Age : 54

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 15/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le placement des Actes
06/12/2023		2	300DH	
	Auxopokn		300DH	
	Elwsk30		300DH	

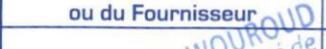
HEMORROIDES - REGIMES

Dr. BERRADA A.

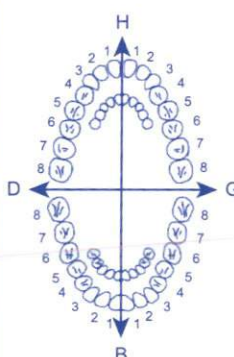
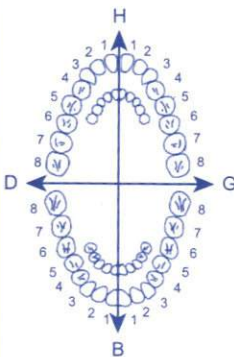
FIBROSCOPIE - ECHOCARDIOGRAPHIE  
REGIMES

HEMORROIDES - RESHMI  
Commercial NADIA - CA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AL WOUROUD 67, Rue des Roses A Côté de Masjid An-Nour Beauséjour Tel: 0522 39 94 30 - Casablanca Patente: 34308192</p>	26/12/19	361,20

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AL WOUROUD 67, Rue des Roses A Côté de Masjid Al Wouroud Beausejour Tel: 0522 3379430 - Casablanca Patente: 34308192</p>	26/12/19	361,20

[illegible][illegible]

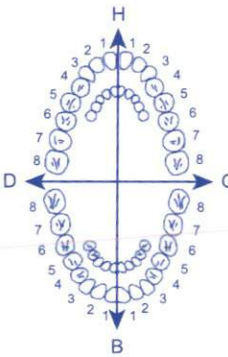
<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> <b>G</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan**

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. BERRADA Abderrahim**

Diplômé de la Faculté de médecine de REIMS (FRANCE)

**HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE**

(Fibroscopie - Coloscopie)

**Diplômé d'échographie**

**Diplômé de chirurgie proctologique**

(Hémorroïdes, Fissures, fistules de l'anus)

**Diplômé de Régimes - Nutritions Diététiques**

(Obésité - maigreur)

Ex. Attaché au C. H. U. de REIMS

**الدكتور برادة عبد الرحيم**

خريج كلية الطب رانس بفرنسا

**اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي**

(الكشف بالمنظار)

**مجاز في علاج و جراحة المخرج**

(البواسير و الدم)

**مجاز في الكشف بالتلفزة**

**مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية**

(السمنة و الضعف)

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات رانس

Casablanca, le 06/12/2019 في الدار البيضاء

Mr Mesoudi Hassan

201,00



DAFLON 1000

1 CP X 3 / JOUR APRES REPAS PENDANT 3 JOURS

PUIS 1 CP X 2 / JOUR PENDANT 4 JOURS

EXACYL 500

2 CP X 2 / JOUR APRES REPAS

CARTREX 100

1 CP X 2 / JOUR APRES REPAS

PRAZOL 20

1 GELULE AU COUCHER BOITE DE 14

LOT : 191290  
UT AV : 07/2023  
PPV : 54,20DH

LOT N°:

: (Hd) Add

**Dr. BERRADA A.**  
**HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE**  
**FIBROSCOPIE - ECHOGRAPHIE**  
**HEMORROÏDES - RÉGIMES**  
Centre Commercial NADIA  
Tél : 98.95.12 - 98.35.77

PPV: 52DH80  
PER: 03/22  
LOT: 11717-4

مركز تجاري نادية - عمارة 4 - الشقة 4 - شارع ابراهيم الروداني (طريق الجديدة سابقا) المعاريف - الدار البيضاء 20.100

Centre Commercial NADIA, Imm. 4, Appt.4, 1<sup>er</sup> Etage, Bd Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Maârif Extension - Casablanca 20.100

Tél. : 05 22 98 95 12 / 05 22 98 35 77 : الهاتف - Fax : 05 22 98 35 77 : الفاكس

E-mail : berradagastro@hotmail.fr

**Dr. BERRADA Abderrahim**

Diplômé de la Faculté de médecine de REIMS (FRANCE)

**HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE**

(Fibroscopie - Coloscopie)

**Diplômé d'échographie**

**Diplômé de chirurgie proctologique**

(Hémorroïdes, Fissures, fistules de l'anus)

**Diplômé de Régimes - Nutritions Diététiques**

(Obésité - maigreux)

Ex. Attaché au C. H. U. de REIMS

**الدكتور برادة عبد الرحيم**

خريج كلية الطب رانس بفرنسا

**اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي**

(الكشف بالمنظار)

**مجاز في علاج و جراحة المخرج**

(البواسير و الدم)

**مجاز في الكشف بالتلفزة**

**مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية**

(السمنة و الضعف)

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات رانس

**MR MESOUDI HASSAN CASABLANCA LE 06/12/2019**

C 300DH  
ANUSCOPIE K 10 300DH  
ECHOGRAPHIE  
K30 400DH

-----  
1000DH

**Dr. BERRADA A. - GASTRO - ENTEROLOGUE**  
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE  
FIBROSCOPIE - ECHOGRAFIE  
HEMORROÏDES - RÉGIMES  
Centre Commercial NADIA - CASA  
Tél : 98.95.12 - 98.35.77

مركز تجاري ناديا - عمارة 4 - الشقة 4 - الطابق الأول - شارع إبراهيم الروداني (طريق الجديدة سابقا) المعاريف - الدار البيضاء 20.100

Centre Commercial NADIA, Imm. 4, Appt.4, 1<sup>er</sup> Etage, Bd Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Maârif Extension - Casablanca 20.100

الفاكس : 05 22 98 35 77 - الهاتف : 05 22 98 95 12 / 05 22 98 35 77

E-mail : berradagastro@hotmail.fr

**MME MESOUDI HASSAN CASABLANCA 06/12/2019**

## COMPTE-RENDU D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

### INDICATION

Douleur abdominale.

### EXAMEN

#### Foie-Hile :

- Le foie est de taille normale, de contours réguliers, d'écho structure Normo-échogène.
- Le hile est normal.

#### Vésicule-Voies Biliaires :

- La vésicule est de paroi fine, de contenu clair, trans sonique
- Les voies biliaires intra et extra hépatiques sont de calibres. normaux.

#### Pancréas :

- Le pancréas est d'échostructure hypo-échogène homogène.

#### Reins :

- Les deux reins sont de tailles normales, de contours réguliers , de rapports cortico-médullaires conformes.

#### Rate :

- La rate est normale.

### CONCLUSION

Echographie abdominale normale.

**Dr. BERRADA A.**  
**HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE**  
**FIBROSCOPIE - ECHOGRAPHIE**  
**HÉMMORROÏDES - RÉGIMES**  
**Centre Commercial NADIA - CASA**  
**98.95.12 - 98.35.77**

